

Dissertação - Artigo de Investigação Médica
Mestrado Integrado em Medicina

**Doença Mental na Classe Médica do
Centro Hospitalar do Porto -
INFLUÊNCIA DO ESTIGMA NA PROCURA
DE CUIDADOS**

Sara de Castro Catarino

Orientador(a): Dr.^a Ana Sofia da Silva Pinto
Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria e Saúde
Mental do Centro Hospitalar do Porto
Docente Convidada do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar

Porto, julho de 2017

Índice

Legenda de figuras.....	3
Legenda de tabelas.....	4
Lista de abreviaturas e siglas	5
Resumo	7
Abstract	8
Introdução	9
Métodos	10
Instrumento de avaliação	10
Procedimentos de recolha de dados.....	11
Análise estatística	11
Resultados	12
Caracterização dos participantes.....	12
Perceção da incidência de doença mental na classe médica	13
Primeira opção para revelar doença mental e fatores que influenciaram essa escolha.....	14
Tratamento em ambulatório	16
Opção para internamento e fatores que influenciaram essa escolha.....	17
Prevalência de doença mental.....	20
Vivência de atitudes estigmatizantes	22
Discussão.....	25
Conclusão	31
Bibliografia.....	32
Agradecimentos	35
Anexos	36

Legenda de figuras

Figura 1 – Participantes por serviço e por área

Figura 2 – Divulgação inicial de doença mental

Figura 3 – Fatores de influência na divulgação inicial de doença mental

Figura 4 – Opção para tratamento em ambulatório

Figura 5 – Primeira opção para internamento

Figura 6 – Fatores de influência para internamento

Figura 7 – Vivência de atitudes estigmatizantes

Legenda de tabelas

Tabela I – Caracterização da amostra

Tabela II – Percepção da incidência de doença mental

Tabela III – Teste do Qui-quadrado – Percepção da incidência de doença mental por faixa etária

Tabela IV – Teste do Qui-quadrado – Divulgação inicial de doença mental por fatores de influência

Tabela V – Teste do Qui-quadrado – Opção de tratamento em ambulatório por área

Tabela VI – Teste do Qui-quadrado – Primeira opção de internamento e fatores de influência por área

Tabela VII – Teste do Qui-quadrado – Primeira opção para internamento por anos de carreira médica

Tabela VIII – Teste do Qui-quadrado – Fatores de influência da escolha de primeira opção para internamento por anos de carreira médica

Tabela IX – Teste do Qui-quadrado – História ou sintomas de doença mental e procura de ajuda

Tabela X – História ou sintomas de doença mental por gênero

Tabela XI – Teste do Qui-quadrado – Primeira opção de tratamento em ambulatório por história ou sintomas de doença mental

Tabela XII – Teste do Qui-quadrado – Primeira opção de internamento por história ou sintomas de doença mental

Tabela XIII – Vivência de atitudes estigmatizantes e o seu contexto

Tabela XIV – Teste do Qui-quadrado - Vivência de atitudes estigmatizantes e o seu contexto por área

Tabela XV – Teste do Qui-quadrado – Primeira opção para internamento e vivência de atitudes estigmatizantes

Tabela XVI – Teste do Qui-quadrado – Aspectos que influenciaram a primeira opção para internamento e vivência de atitudes estigmatizantes

Lista de abreviaturas e siglas

CHP –Centro Hospitalar do Porto

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

SS – Serviço de Saúde

“These are the duties of a physician: First... to heal his mind and to give help to himself before giving it to anyone else.”

(Epitaph of an Athenian Doctor, 2 A.D., apud Boisaubin and Levine, 2001¹)

Resumo

Introdução: Embora os médicos apresentem taxas de mortalidade mais baixas, comparativamente à população geral, têm taxas superiores de doença mental e de morte por suicídio. A classe médica tem dificuldade em revelar e valorizar os seus problemas de saúde mostrando relutância em aceitar o papel de doente. Essa relutância revela-se ainda maior quando confrontados com sintomas psicopatológicos, havendo nesta situação, maior dificuldade de aceitação da doença mental no próprio ou nos colegas, comparativamente aos seus doentes.

Objetivos: Determinar a perceção de atitudes estigmatizantes face à doença mental na classe médica e de que forma esta afeta as opções de procura de ajuda.

Métodos: Distribuição de questionário a 460 médicos do Centro Hospitalar do Porto. As perguntas avaliaram a existência de atitudes estigmatizantes face à doença mental, quais as opções na procura de ajuda médica/psicológica e as barreiras a esta procura.

Resultados: A taxa de resposta foi 55%. Os participantes optariam na sua maioria por revelar sua doença mental a um psiquiatra (n=164;65,1%). Aqueles que optariam por um psiquiatra ou familiares/amigos como primeira opção demonstraram ser mais propensos a citar estigma como um fator de influência do que aqueles que escolheriam revelar aos colegas. 12,3% dos participantes responderam ter história ou sintomas de doença mental. Verificou-se uma associação entre as opções de escolha para internamento e a experiência prévia de doença mental, tal como com o grau de perceção de estigma. A maior barreira para a procura de ajuda foram o receio da quebra de confidencialidade (43,3%) e eventuais implicações profissionais (30,6%). Não se verificaram diferenças significativas entre as áreas médica e cirúrgica.

Conclusão: O estigma continua a determinar a forma como os médicos decidem procurar ajuda ou tratamento. Esforços devem continuar a ser feitos no sentido de reduzir o estigma antecipado por aqueles que desenvolvem uma doença mental, para que sejam possíveis os cuidados adequados.

Palavras-chave: doença mental, médicos, estigma, Centro Hospitalar do Porto, área cirúrgica, área médica, tratamento

Abstract

Background: Although physicians have lower mortality rates, they have higher rates of mental illness and suicide compared to the general population. Physicians have great difficulty revealing and evaluating their health problems and are, most of the time, reluctant to accept their role as patients. This reluctance is even greater when faced with psychopathological symptoms and, in this situation, they show greater difficulty in accepting mental illness in themselves or their colleagues compared to their patients.

Aims: This research seeks to determine the extent to which doctors perceive mental illness in general is stigmatized within the medical profession and whether the level of perceived stigma affects patterns of help-seeking behaviour.

Method: A survey was distributed to 460 physicians at the Hospital Centro Hospitalar do Porto. Questions assessed stigmatising attitudes to mental illness, help-seeking behaviour and barriers to help-seeking.

Results: The response rate was 55%. Respondents would be most likely to disclose their mental illness to a psychiatrist (n=164;65,1%). Those who would choose to disclose to a psychiatrist or to family/friends were more likely to cite stigma as a factor influencing their choice than those who would choose to disclose to colleagues. 12,3% of respondents claimed to have experienced a mental illness or symptoms. There was an association between inpatient care choice and previous experience of mental illness, as well as with levels of perceived stigma. The biggest barrier to help-seeking was confidentiality concerns (43,3%) and possible career implications (30,6%). There were no significant differences between medical and surgical field.

Conclusion: Stigma continues to play a role in how physicians decide the course of disclosure and treatment. Efforts need to be made to reduce the stigma anticipated by those who become mentally ill, to enable appropriate help-seeking and support.

Key words: mental illness, physicians, stigma, Centro Hospitalar do Porto, medical field, surgical field, treatment

Introdução

Estudos epidemiológicos recentes demonstraram que os problemas de saúde mental representam uma das principais causas de incapacidade na sociedade atual.² Sabe-se que as perturbações mentais não só têm uma prevalência muito elevada, como estão associadas a níveis de incapacidade superiores comparativamente à maioria das doenças físicas crónicas, afetando uma percentagem significativa de pessoas que não recebem os tratamentos adequados.³

Embora escassos, os dados existentes em Portugal sugerem que a prevalência de doença mental não difere significativamente dos restantes países europeus, contudo, nos grupos mais vulneráveis (mulheres, baixo nível socioeconómico e idosos) parece existir um risco superior.⁴

Apesar da prevalência significativa da psicopatologia – 1 em cada 4 dos indivíduos sofre de doença mental ao longo da sua vida – as percentagens de procura de tratamento pelos afetados são alarmantemente baixas: cerca de 2/3 nunca recorreram aos serviços de saúde por esse motivo.⁵⁻⁷ As pessoas que sofrem com este tipo de distúrbio são, frequentemente, relutantes em procurar ajuda, pelo estigma inerente à doença mental.^{2,8} O estigma e o comportamento discriminatório decorrente têm sido amplamente reconhecidos como sérios obstáculos na vida das pessoas com doença mental, no acesso aos cuidados de saúde, bem como, nos avanços dos tratamentos psiquiátricos.⁹⁻¹¹

Estigma é um termo presente na sociedade desde a Grécia Antiga, porém, é a partir da década de 60 do século XX, com Goffman, que se assume a sociedade como participante no processo de formação do estigma. Na sua monografia, “Notes on the Management of Spoiled identity”¹², este autor descreve o estigma como “um atributo que descredibiliza profundamente o seu objeto”, incluindo o processo de estigmatização: rotulação, estereotipação e, por fim, separação de grupos.^{12,13} Segundo Goffman, o estigma resulta de uma combinação de atributos pessoais e estereótipos sociais que contribuem para a rotulação de determinados indivíduos com características “inaceitáveis” ou “inferiores”.¹² Sendo, ainda, mediado por desigualdades de poder¹⁴ que levam a discriminação estrutural num grande espectro de ambientes, incluindo os serviços de saúde.¹⁵ Embora seja dito que o estigma implica interações sociais ao nível individual, estas têm lugar num contexto social mais amplo, no qual

organizações, instituições e estruturas socioculturais definem e influenciam a noção daquilo que é diferente e estigmatizado.^{12,16} A estigmatização de médicos com doença mental não é diferente neste aspeto. Existem três influências contextuais na profissão médica: transmissão do conhecimento nas escolas médicas; atitudes dos colegas de trabalho; expectativas e respostas que os sistemas de saúde e organizações dão aos médicos que sofrem de doença mental. Vários estudos revelaram que, embora os médicos apresentem taxas de mortalidade inferiores às da população geral¹⁷⁻²⁰, têm taxas superiores de depressão²¹, stress e ansiedade²², *burnout*²³ e abuso de álcool e substâncias.^{24,25} As taxas morte por suicídio são, igualmente, superiores, onde se verifica que o sexo feminino é o de maior risco.^{26,27} Os médicos têm, geralmente, dificuldade em revelar e valorizar os seus problemas de saúde e são, frequentemente, relutantes em aceitar o seu papel de doente.^{28,29} Essa relutância revela-se ainda maior quando confrontados com sintomas psicopatológicos, evidenciando maior dificuldade de aceitação da doença mental em si mesmos, ou nos colegas, comparativamente aos seus doentes.³⁰ O estigma face à doença mental e por extensão aos serviços de saúde é uma barreira para que os médicos sejam examinados e tratados de um distúrbio psiquiátrico. A literatura nesta área baseia-se no relato de médicos com doença mental ativa, abuso de substâncias, ansiedade e depressão.³¹⁻³³ Há, ainda, poucos estudos, relativamente à visão dos médicos a respeito da possibilidade de desenvolverem uma doença mental. Nesta investigação, pretendeu-se avaliar essa perspetiva, que fatores influenciariam as escolhas da classe médica e se o estigma da doença mental seria um destes fatores.

Métodos

Instrumento de avaliação

A realização deste estudo foi autorizada pelo Conselho de administração do Centro Hospitalar do Porto (CHP), tendo sido previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, tendo obtido Parecer Favorável.

Para efeitos deste estudo foi utilizado um questionário anónimo de autopreenchimento constituído por 14 questões, com opção de resposta dicotómica ou resposta múltipla. A sua elaboração foi baseada numa revisão

bibliográfica e estudos prévios semelhantes. Encontra-se dividido em duas partes, sendo que a primeira permitiu a caracterização dos participantes e a segunda avaliar a percepção da prevalência da doença mental na classe médica, as preferências dos participantes para divulgação inicial de doença mental, opções de tratamento e que fatores influenciariam estas escolhas, vivência do estigma e adicionalmente as suas próprias experiências de doença mental.

Procedimentos de recolha de dados

Distribuiu-se um pedido de colaboração em 27 serviços do CHP, juntamente com um exemplar do questionário a ser aplicado e um resumo do tema/atividades a desenvolver. Dentro do período de colheita de dados, foi obtida colaboração de 17 serviços e um total de 253 respostas de médicos a exercer funções no CHP. Os questionários foram entregues pessoalmente nas reuniões de serviço, individualmente a cada médico, ou em alguns casos deixados aos diretores de serviço para serem distribuídos posteriormente. Uma vez que a participação no estudo foi voluntária, o consentimento foi assumido por todos os médicos que se disponibilizaram a responder.

Análise estatística

Para a apresentação dos resultados recorreu-se ao uso de gráficos e tabelas, com os dados estatísticos obtidos.

A análise dos dados foi obtida por estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS-24.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Para cruzamento das variáveis em estudo foi utilizado o teste do Qui-Quadrado.

Resultados

Caracterização dos participantes

De 460 questionários distribuídos, foram obtidas 253 respostas (taxa de resposta 55%). A amostra conseguida representa 22,45% dos 1127 médicos que exercem, presentemente, funções no CHP. Os participantes foram divididos em dois grupos, atendendo à área do serviço, médica (n=170;67,2%) ou cirúrgica (n=83;32,8%). Foram incluídos na área médica, os serviços de: Psiquiatria e Saúde mental, Medicina Física e de Reabilitação (MFR), Hematologia clínica, Medicina Interna, Endocrinologia, Cardiologia, Neurologia, Pediatria, Dermatologia, Nefrologia, Neurorradiologia, Neurofisiologia e Anestesiologia; e na área cirúrgica, os serviços de: Neurocirurgia, Cirurgia geral, Ginecologia/Obstetrícia e Angiologia e Cirurgia vascular.

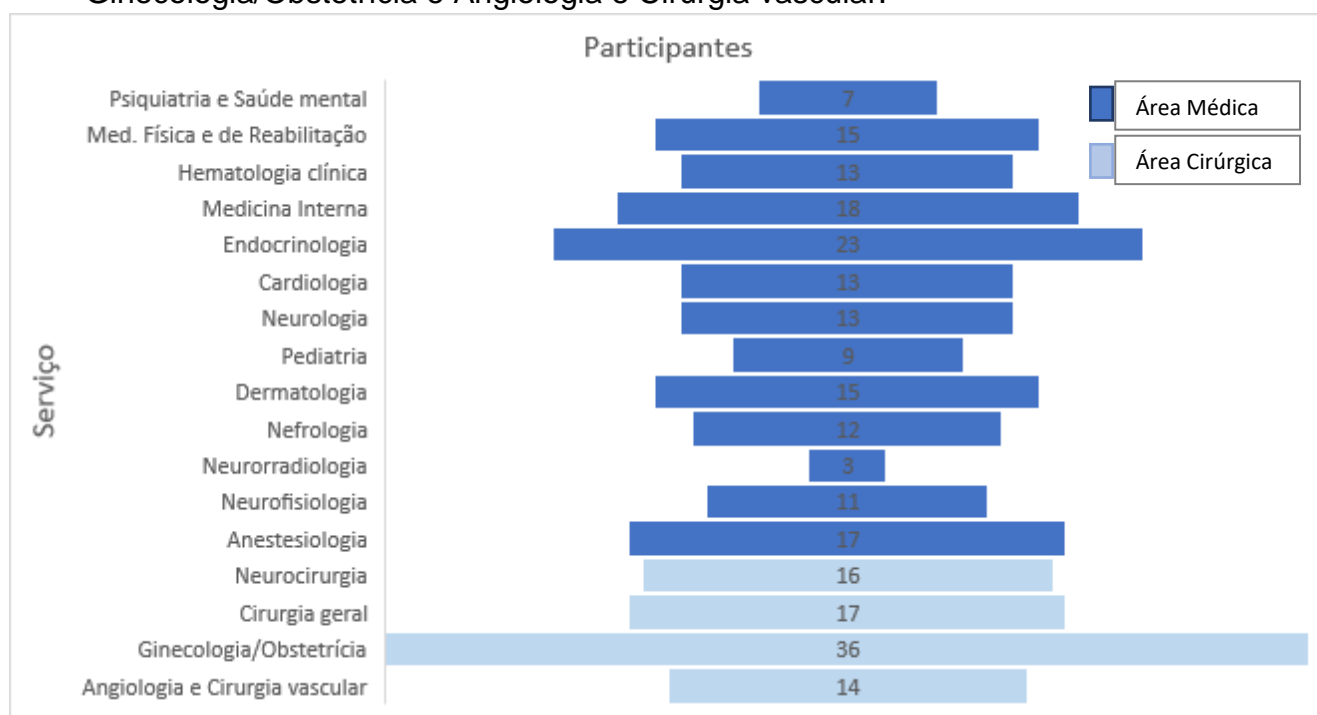


Figura 1 – Participantes por serviço e por área

Dos 253 participantes, 64,4% são do sexo feminino e a faixa etária mais representativa é a dos 25-35 anos, com uma percentagem de 44% (n=111). Verifica-se, também, que 45,6% (n=115) dos inquiridos têm dez ou menos anos de carreira médica.

	Amostra Total (n=253)		Área Médica (n=170)		Área Cirúrgica (n=83)	
	n	%	n	%	n	%
Género						
Feminino	163	64.4	115	67.6	48	57.8
Masculino	90	35.6	55	32.4	35	42.2
Faixa Etária						
25-35	111	44.0	83	49.1	28	33.7
36-54	86	34.1	51	30.2	35	42.2
≥ 55	55	21.8	35	20.7	20	24.1
Anos na carreira médica						
≤ 10	115	45.6	85	50.3	30	36.1
11-24	56	22.2	35	20.7	21	25.3
≥ 25	81	32.1	49	29.0	32	38.6

Tabela I – Caracterização da amostra

Perceção da incidência de doença mental na classe médica

Dos participantes, apenas 26,5% (n=67) responderam que a doença mental na classe médica é mais elevada do que na população geral. Notando-se uma diferença pouco significativa entre as respostas da área médica e cirúrgica, sendo que os últimos responderam numa percentagem ligeiramente superior (n=28;33,7%), a hipótese *Não*.

	Amostra Total (n=253)		Área Médica (n=170)		Área Cirúrgica (n=83)	
	n	%	n	%	n	%
A incidência de doença mental é mais elevada na classe médica do que na população geral?						
Sim	67	26.5	48	28.2	19	22.9
Não	80	31.6	52	30.6	28	33.7
Não sei	106	41.9	70	41.2	36	43.4

Tabela II – Perceção da incidência de doença mental

Quanto à análise por serviços, os médicos dos serviços de Cardiologia, Neurologia e Pediatria foram os que responderam em maior número a hipótese *Sim* (46,2%, 46,2% e 44,4% respetivamente), sendo que contrariamente nenhum dos médicos dos serviços de MFR, Neurofisiologia e Neurorradiologia optou pela hipótese *Sim*. Seguindo o serviço de MFR com 66,7% de respostas *Não*, destaca-se o serviço de Neurocirurgia, com 56,3%.

Verificou-se, ainda, uma associação estatisticamente significativa entre a pergunta “A incidência de doença mental é mais elevada na classe médica do

que na população geral?” e a faixa etária ($p=0,000$). Constatamos que os participantes com menor faixa etária foram os que responderam em maior percentagem ($n=42;62,7\%$) afirmativamente à pergunta em questão.

A incidência de doença mental é mais elevada na classe médica do que na população geral?		Faixa Etária			Total	p
		25-35	36-54	≥ 55		
Sim		42 62,7%	24 35,8%	1 1,5%	67 100%	
Não		25 31,6%	28 35,4%	26 32,9%	79 100%	
Não sei		44 41,5%	34 32,1%	28 26,4%	106 100%	0,000

Tabela III – Teste do Qui-quadrado – Percepção da incidência de doença mental por faixa etária

Primeira opção para revelar doença mental e fatores que influenciaram essa escolha

Na pergunta “Se viesse a desenvolver um distúrbio psiquiátrico, inicialmente, a quem recorreria?”, os participantes optariam na maioria, por um *Psiquiatra* ($n=164;65,1\%$), seguindo-se da *Família/amigos* ($n=40;15,9\%$). Relativamente, aos fatores que influenciaram esta escolha, o fator mais referido foi Consequências profissionais ($n=77;30,6\%$), seguido pela Integridade profissional ($n=72;28,65$), Outros ($n=52;20,6\%$) e finalmente Estigma ($n=51;20,25\%$). Não se verificaram diferenças significativas nas respostas dos dois grupos.

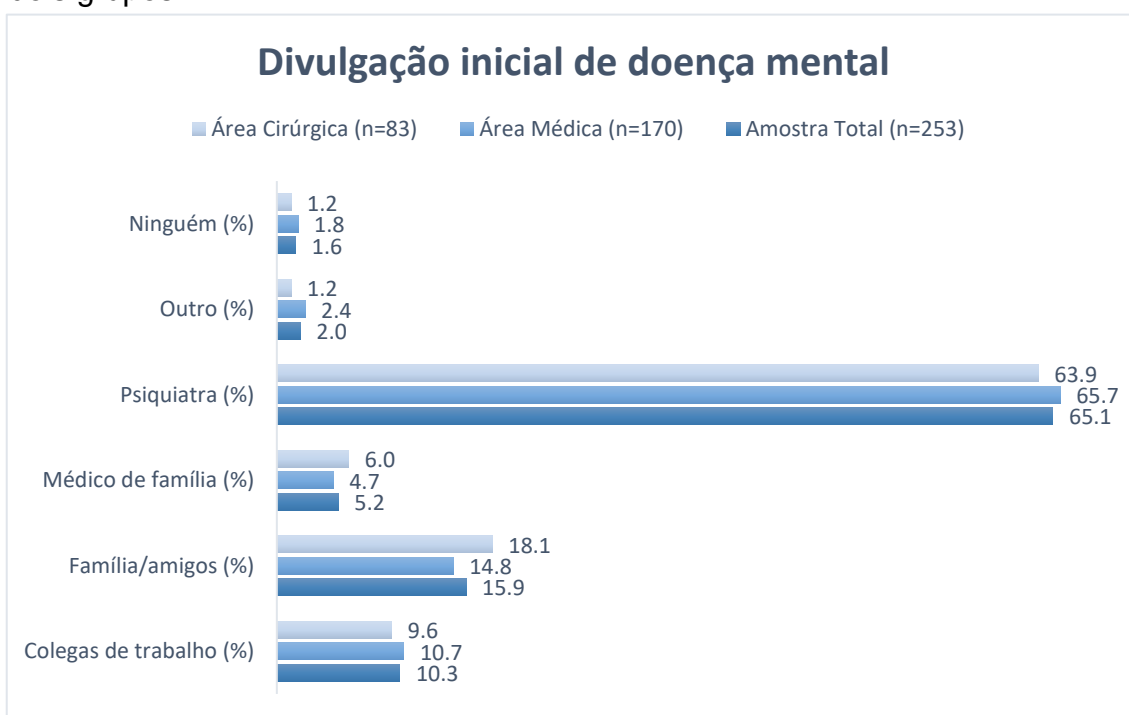


Figura 2 – Divulgação inicial de doença mental

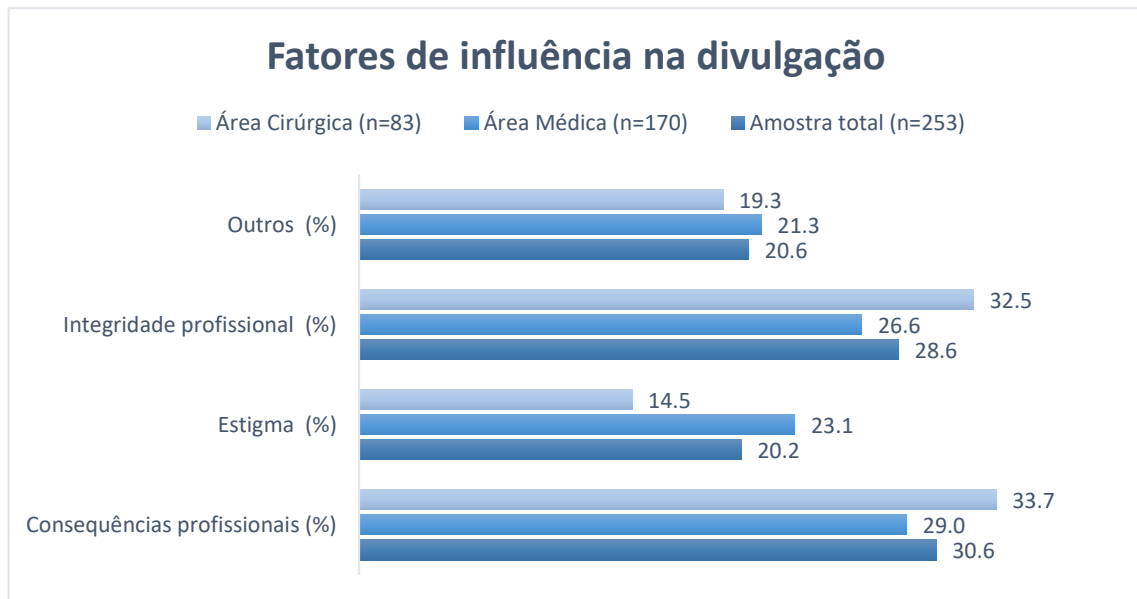


Figura 3 – Fatores de influência na divulgação inicial de doença mental

Quanto à análise por serviços, verificou-se, também, como primeira escolha em todos, o recurso a um *Psiquiatra*. Relativamente aos fatores de influência, destacam-se os serviços de Nefrologia (n=9;39,1%), MFR (n=5;33,3%), Pediatria (n=3;33,3%) e Neurologia (n=5;30,8%) com a percentagem mais alta para a opção *Estigma*, em comparação com os restantes.

Salienta-se, ainda, que dos 4 participantes que optaram pela resposta *Ninguém*, 3 são do sexo masculino (75%) e apenas 1 do sexo feminino (25%). Verificou-se que os participantes que recorreriam ao *Psiquiatra*, *Família/amigos* e *Médico de família*, se mostraram mais suscetíveis a optar pelo *Estigma* como

Qual destes fatores teria mais impacto na sua decisão acerca de revelar um distúrbio de saúde mental a alguém?										
		Consequências profissionais		Estigma		Integridade profissional		Outros		Total
Se desenvolvesse um distúrbio psiquiátrico, inicialmente, a quem recorreria?										p
Colegas trabalho		10	38.5%	4	15.4%	8	30.8%	4	15.4%	26 100%
Família/amigos		12	30.0%	12	30.0%	11	27.5%	5	12.5%	40 100%
Médico família		3	23.1%	4	30.8%	5	38.5%	1	7.7%	13 100%
Psiquiatra		51	31.3%	30	18.4%	45	27.6%	37	22.7%	163 100%
Outro		1	20.0%	1	20.0%	1	20.0%	2	40.0%	5 100%
Ninguém		0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%	2	50.0%	4 100%

Tabela IV – Teste do Qui-quadrado – Divulgação inicial de doença mental por fatores de influência

fator de influência, (n=30;18,4%) (n=12;30,0%) e (n=4;30,8%) respectivamente, em comparação com os que optaram pelos *Colegas de trabalho* (n=4;15,4%).

Tratamento em ambulatório

Quando questionados acerca da sua primeira opção para tratamento ambulatório, a maioria dos participantes optaria por *Aconselhamento médico formal* (n=202;79,8%), seguido de *Aconselhamento médico informal* (n=41;16,2%) e apenas 3,6% (n=9) e 0,4% (n=1) optariam por *Automedicação* ou *Não procurar tratamento*, respectivamente. Não se verificaram diferenças significativas nas respostas dos dois grupos.

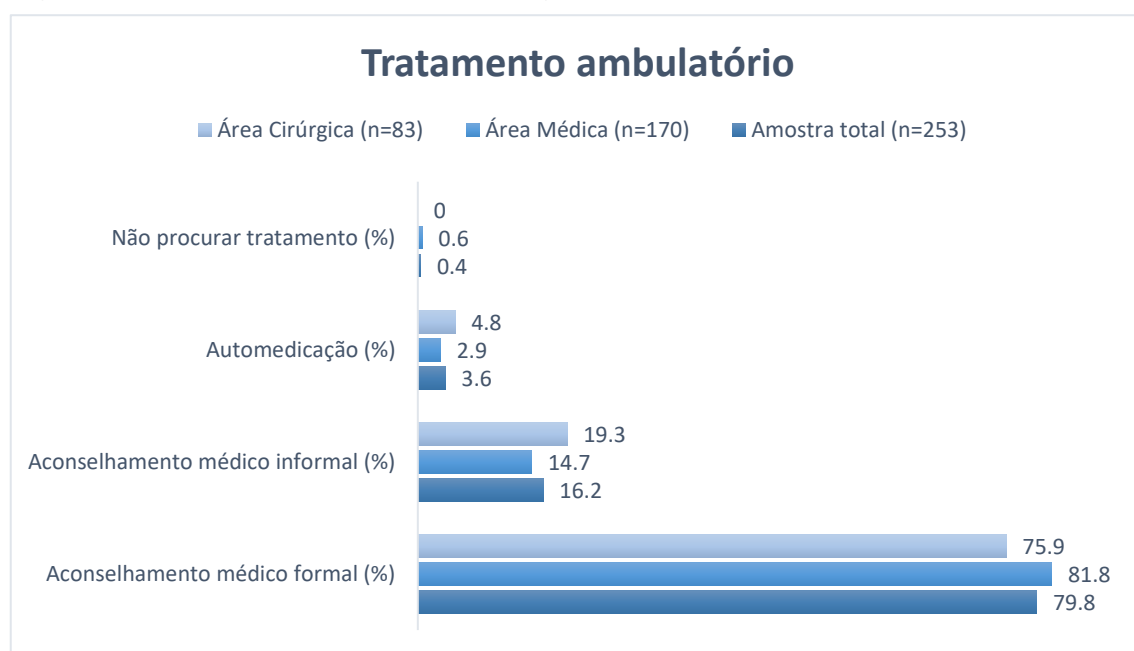


Figura 4 – Opção para tratamento em ambulatório

	Área Cirúrgica		Área Médica		Total		<i>p</i>
Se viesse a desenvolver um distúrbio psiquiátrico, que necessitasse de tratamento ambulatório, qual a sua 1ª opção?							
Aconselhamento médico formal	63	31.2%	139	68.8%	202	100%	0.572
Aconselhamento médico informal	16	39.0%	25	61.0%	41	100%	
Automedicação	4	44.4%	5	55.6%	9	100%	
Não procurar tratamento	0	0.0%	1	100%	1	100%	

Tabela V – Teste do Qui-quadrado – Opção de tratamento em ambulatório por área

Relativamente aos serviços, verificou-se que em todos a primeira hipótese para tratamento ambulatorio seria *Aconselhamento médico formal*. Constatou-se que apenas no serviço de Dermatologia, um participante optaria por *Não procurar tratamento* (6,7%), e nos serviços de Psiquiatria (28,6%), Angiologia e Cirurgia Vascular (14,3%), Neurologia (7,7%), Hematologia (7,1%), MFR (6,7%), Neurocirurgia (6,3%) e Ginecologia/Obstetrícia (2,8%), alguns médicos optariam por *Automedicação*.

Salienta-se, ainda, que dos 9 participantes que optaram pela resposta *Automedicação*, 4 são do sexo feminino (44,4%) e 5 do sexo masculino (55,6%) e que o participante que optaria por *Não procurar tratamento* é do sexo masculino.

Opção para internamento e fatores que influenciaram essa escolha

Acerca da primeira opção para internamento, a maioria optaria pelo *Serviço de Saúde (SS) privado na localidade* (n= 90;35,9%) e *SS público na localidade* (n=86;34,3%). Os dados revelaram a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis “*Se viesse a desenvolver um distúrbio psiquiátrico, que necessitasse de internamento, qual seria a sua 1ª opção?*” e *Área* (p=0,026). Constatou-se que os médicos da Área Cirúrgica, representam 45,3% (n=39) das escolhas do SS público local, valor mais elevado do que para qualquer outro SS nesta área.

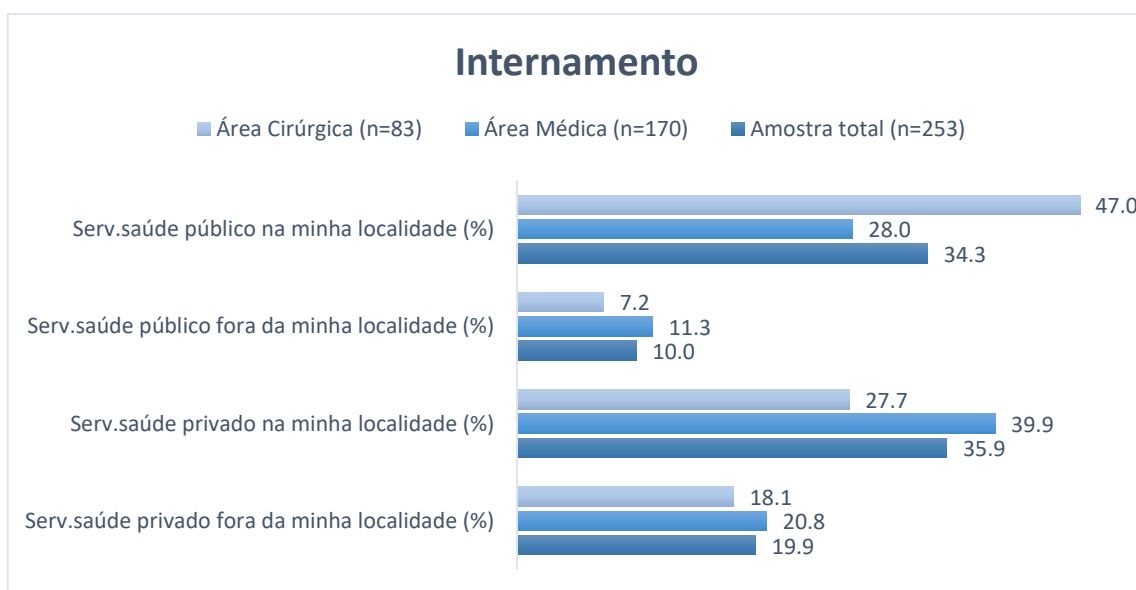


Figura 5 – Primeira opção para internamento

A maioria dos participantes (n=109;43,3%) respondeu que a *Confidencialidade* seria o fator com maior influência na sua escolha, seguindo-se a *Qualidade dos cuidados de saúde* (n=101;40,1%), com o *Estigma* a representar apenas 5,2% das respostas.

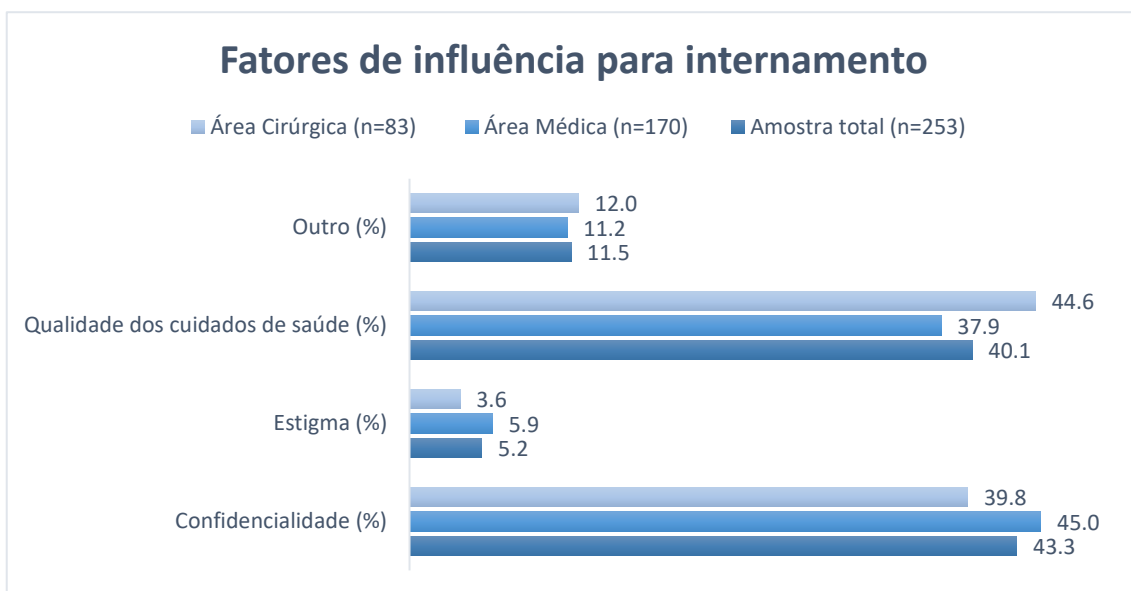


Figura 6 – Fatores de influência para internamento

	Área Cirúrgica		Área Médica		Total		<i>p</i>
Se viesse a desenvolver um distúrbio psiquiátrico, que necessitasse de internamento, qual seria a sua 1ª opção?							
SS Priv. Fora	15	30.0%	35	70.0%	50	100%	0.026
SS Priv. Local	23	25.6%	67	74.4%	90	100%	
SS Púb. Fora	6	24.0%	19	76.0%	25	100%	
SS Púb. Local	39	45.3%	47	54.7%	86	100%	
Quanto à pergunta anterior, qual dos seguintes aspetos influenciou mais a sua escolha?							
Confidencialidade	33	30.3%	76	69.7%	109	100%	0.664
Estigma	3	23.1%	10	76.9%	13	100%	
Qualidade dos cuidados de saúde	37	36.6%	64	63.4%	101	100%	
Outro	10	34.5%	19	65.5%	29	100%	

Tabela VI – Teste do Qui-quadrado – Primeira opção de internamento e fatores de influência por área

Na análise da significância da associação entre os *Anos de carreira* e a questão “*Se desenvolvesse um distúrbio psiquiátrico, que necessitasse de internamento, qual a sua primeira opção?*”, os dados revelaram a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($p=0,002$). Constatamos que a maioria dos participantes que optaria pelos *SS Privado Fora da sua localidade, Privado Local e Público fora da localidade* tem ≤ 10 *Anos de carreira* (58,0%, 44,4%, 76% respectivamente); contudo, a maioria dos participantes que optaria pelo *SS Público Local* tem ≥ 25 *anos de carreira*. (44,7%).

Se desenvolvesse um distúrbio		Anos na carreira médica			Total	<i>p</i>
		≤ 10	11-24	≥ 25		
psiquiátrico, que necessitasse de internamento, qual sua 1ª opção?	SS Priv. Fora	29 58,0%	11 22,0%	10 20,0%	50 100%	0,002
	SS Priv. Local	40 44,4%	22 24,4%	28 31,1%	90 100%	
	SS Púb. Fora	19 76,0%	3 12,0%	3 12,0%	25 100%	
	SS Púb. Local	27 31,8%	20 23,5%	38 44,7%	85 100%	

Tabela VII – Teste do Qui-quadrado – Primeira opção para internamento por anos de carreira médica

Na análise da significância da associação entre os *Anos de carreira* e *quais os fatores que influenciaram a escolha de primeira opção para internamento*, os dados revelaram a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($p=0,004$). Constatamos que a maioria dos participantes que respondeu *Confidencialidade e Estigma* tem ≤ 10 *Anos de carreira* (57,8% e 53,8%, respectivamente); contudo, a maioria dos participantes que respondeu *Qualidade dos cuidados de Saúde ou Outro* tem ≥ 25 *anos de carreira* (44,0% e 37,9%, respectivamente).

Quanto à pergunta		Anos na carreira médica			Total	<i>p</i>
		≤ 10	11-24	≥ 25		
anterior, qual dos seguintes aspetos influenciou mais a sua escolha?	Confidencialidade	63 57,8%	23 21,1%	23 21,1%	109 100%	0,004
	Estigma	7 53,8%	3 23,1%	3 23,1%	13 100%	
	Qual. Cuid. Saúde	36 36,0%	20 20,0%	44 44,0%	100 100%	
	Outro	8 27,6%	10 34,5%	11 37,9%	29 100%	

Tabela VIII – Teste do Qui-quadrado – Fatores de influência da escolha de primeira opção para internamento por anos de carreira médica

Quanto aos Serviços e relativamente aos fatores de influência na escolha de opção de internamento, destaca-se o serviço de Endocrinologia como sendo o que respondeu em maior percentagem a hipótese *Estigma* (n=3;13%), seguindo-se o serviço de Medicina interna (n=2;11,1%) e Pediatria (n=1;11,1%). Apenas os serviços de Anestesiologia, Dermatologia, Ginecologia e obstetrícia, Neurofisiologia e Neurologia optaram, também, pelo fator *Estigma*, embora em percentagens menores.

Prevalência de doença mental

Dos 253 participantes, 12,3% (n=31) tem história médica pessoal, atual ou passada, de doença mental ou manifestou sintomas de perturbação mental. Sendo que destes, 77,4% são mulheres (n=24). Dos 31 participantes com doença mental ou sintomas de perturbação mental, 29,0% (n=9) não procuraram ajuda médica ou psicológica.

	Área Cirúrgica		Área Médica		Total		<i>p</i>
Tem história médica pessoal, atual ou passada, de doença mental ou alguma vez manifestou sintomas de perturbação mental?							
Sim	9	29.0%	22	71.0%	31	100%	0.784
Não	74	33.3%	148	66.7%	222	100%	
Se respondeu sim, procurou ajuda médica ou psicológica?							
Sim	6	27.3%	16	72.7%	22	100%	1.000
Não	3	33.3%	6	66.7%	9	100%	

Tabela IX – Teste do Qui-quadrado – História ou sintomas de doença mental e procura de ajuda

		Género					
		Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Tem história médica pessoal de doença mental ou sintomas de perturbação mental?	Sim	24	77,4%	7	22,6%	31	100%
	Não	139	62,6%	83	37,4%	222	100%

Tabela X – História ou sintomas de doença mental por género

Verificou-se que os participantes que responderam ter história médica pessoal ou sintomas de doença mental, representa 12,4% das escolhas de *Aconselhamento médico formal* (n=25) e 14,6% das escolhas de *Aconselhamento médico informal* em menor número (n=6), não havendo qualquer resposta pela opção da auto-medicação ou de não procura de tratamento. Por outro lado, os participantes que negaram história ou sintomas de doença mental, representam 87,6% (n=177) dos participantes que optariam por *Aconselhamento médico formal*, 85,4% (n=35) dos que optariam por *Aconselhamento médico informal* e 100% dos que optariam por *Automedicação* (n=9) ou *Não procurar tratamento* (n=1).

Se viesse a desenvolver um distúrbio psiquiátrico, que necessitasse de tratamento ambulatorio, qual seria a sua 1ª opção?		Tem história médica pessoal, atual ou passada, de doença mental ou já manifestou sintomas de perturbação mental?				p
		Sim	Não	Total		
	Aconselham. médico formal	25 12,4%	177 87,6%	202	100%	0,656
	Aconselham. médico informal	6 14,6%	35 85,4%	41	100%	
	Automedicação	0 0,0%	9 100%	9	100%	
	Não procurar tratamento	0 0,0%	1 100%	1	100%	

Tabela XI – Teste do Qui-quadrado – Primeira opção de tratamento em ambulatório por história ou sintomas de doença mental

Na análise da significância da associação entre a história ou sintomas de doença mental e quais os fatores que influenciaram a escolha de primeira opção para internamento, os dados revelaram a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis (p=0,031). Verificou-se que os participantes que responderam ter história médica pessoal ou sintomas de doença mental, optaria na sua maioria por *Serviços de Saúde na sua localidade*. E que os participantes que negaram história ou sintomas de doença mental,

Se viesse a desenvolver um distúrbio psiquiátrico, que necessitasse de internamento, qual seria a sua 1ª opção?		Tem história médica pessoal, atual ou passada, de doença mental ou alguma vez manifestou sintomas de perturbação mental?				p
		Sim	Não	Total		
	SS Priv. Fora	2 4,0%	48 96,0%	50	100%	0,031
	SS Priv. Local	11 12,2%	79 87,8%	90	100%	
	SS Púb. Fora	7 28,0%	18 72,0%	25	100%	
	SS Púb. Local	11 12,8%	75 87,2%	86	100%	

Tabela XII – Teste do Qui-quadrado – Primeira opção de internamento por história ou sintomas de doença mental

representam 96,0% (n=48) dos participantes que optariam pelo *SS Privado Fora da localidade* e 72,0% dos que optariam pelo *Serviço Saúde Público Fora da localidade* (n=18). Assim, verificou-se que a existência de história ou sintomas de doença mental, associa-se de forma mais significativa com as opções de escolha para o internamento do que com a escolha para tratamento em ambulatório.

Apenas nos serviços de Cirurgia, Dermatologia e Neurocirurgia nenhum dos médicos afirmou ter história ou sintomas de doença mental. Em oposição, os serviços em que a prevalência de história ou sintomas de doença mental foi mais elevada foram o de Neurologia (n=5;38,5%), Neurorradiologia (n=1;33,3%), Pediatria (n=2;22,2%), Ginecologia/Obstetrícia (n=7;19,4%) e Cardiologia (n=2;15,4%).

Vivência de atitudes estigmatizantes

Relativamente à pergunta “*Alguma vez vivenciou/presenciou atitudes estigmatizantes face à doença mental por parte de outros colegas?*”, 62,5% (n=157) dos participantes responderam *Sim*, sendo que para 46,5% (n=72) esta situação aconteceu em *contexto pessoal*, para 43,9% (n=68) em *contexto clínico* e menos frequentemente em ambos (n=15;9,7%). Não se verificaram diferenças significativas nas respostas dos dois grupos, contudo verificou-se que a vivência de atitudes estigmatizantes é mais frequente em contexto clínico na área médica, enquanto que na área cirúrgica é superior em contexto pessoal.

	Amostra Total		Área Médica		Área Cirúrgica	
	n	%	n	%	n	%
Alguma vez vivenciou/presenciou atitudes estigmatizantes face à doença mental por parte de outros colegas?						
Sim	157	62.5	111	66.1	46	55.4
Não	94	37.5	57	33.9	37	44.6
Se respondeu sim, assinale se ocorreu num contexto clínico ou pessoal						
Contexto clínico	68	43.9	54	49.5	14	30.4
Contexto pessoal	72	46.5	44	40.4	28	60.9
Contexto pessoal e clínico	15	9.7	11	10.1	4	8.7

Tabela XIII – Vivência de atitudes estigmatizantes e o seu contexto

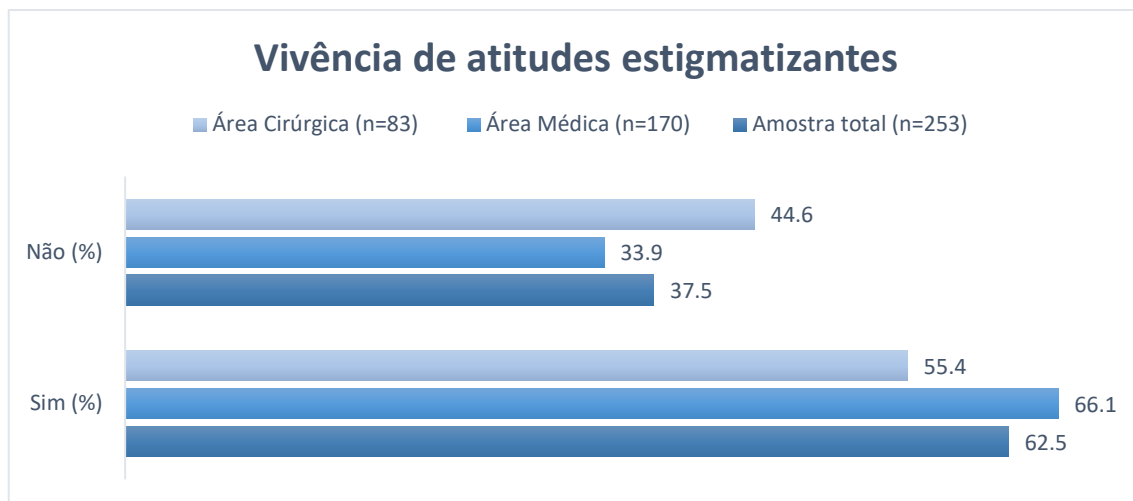


Figura 7 – Vivência de atitudes estigmatizantes

	Área Cirúrgica		Área Médica		Total		<i>p</i>
Alguma vez vivenciou/presenciou atitudes estigmatizantes face à doença mental por parte de outros colegas?							
Sim	46	29.3%	111	70.7%	157	100%	0.133
Não	37	39.4%	57	60.6%	94	100%	
Se respondeu sim, assinale se ocorreu num contexto clínico ou pessoal							
Contexto clínico	14	20.6%	54	79.4%	68	100%	0.058
Contexto pessoal	28	38.9%	44	61.1%	72	100%	
Contexto pessoal e clínico	4	26.7%	11	73.3%	15	100%	

Tabela XIV – Teste do Qui-quadrado - Vivência de atitudes estigmatizantes e o seu contexto por área

Na análise da significância da associação entre a vivência de atitudes estigmatizantes face à doença mental por parte de colegas e a 1ª escolha para internamento, os dados revelaram a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($p=0,003$). Verificou-se que dos 49 participantes que optariam pelo *SS Privado fora da localidade* 77,6% ($n=38$) já vivenciou atitudes estigmatizantes por parte de outros colegas, tal como 66,7% dos que escolheram o *SS privado local* e 72% dos que optariam pelo *SS público fora da localidade*. Contudo, dos 85 que optariam pelo *SS público local*, 51,8% não vivenciou ou experienciou atitudes estigmatizantes face à doença mental. Quanto aos aspetos que influenciaram estas escolhas,

revelou-se também a existência de uma associação estatisticamente significativa ($p=0,012$) entre estes e a vivência de atitudes estigmatizantes. Observou-se que dos 13 participantes que mencionaram *Estigma*, 92,3% vivenciou atitudes estigmatizantes pelos colegas. Pelo contrário, para os que mencionaram Confidencialidade/Qualidade dos cuidados de saúde/Outro, a vivência de atitudes estigmatizantes foi apenas de 68,8%, 55,0% e 50,0%, respetivamente.

Se viesse a desenvolver um distúrbio psiquiátrico, que necessitasse de internamento, qual seria a sua 1ª opção?		Alguma vez vivenciou/presenciou atitudes estigmatizantes face à doença mental por parte de outros colegas?				<i>p</i>
		Sim	Não	Total		
	SS Priv. Fora	38 77,6%	11 22,4%	49	100%	
	SS Priv. Local	60 66,7%	30 33,3%	90	100%	
	SS Púb. Fora	18 72,0%	7 28,0%	25	100%	
	SS Púb. Local	41 48,2%	44 51,8%	85	100%	0,003

Tabela XV – Teste do Qui-quadrado – Primeira opção para internamento e vivência de atitudes estigmatizantes

Quanto à pergunta anterior, qual dos seguintes aspetos influenciou mais a sua escolha?		Alguma vez vivenciou/presenciou atitudes estigmatizantes face à doença mental por parte de outros colegas?				<i>p</i>
		Sim	Não	Total		
	Confidencialidade	75 68,8%	34 31,2%	109	100%	
	Estigma	12 92,3%	1 7,7%	13	100%	
	Qual. Cuid. Saúde	55 55,0%	45 45,0%	100	100%	
	Outro	14 50,0%	14 50,0%	28	100%	0,012

Tabela XVI – Teste do Qui-quadrado – Aspetos que influenciaram a primeira opção para internamento e vivência de atitudes estigmatizantes

Atendendo à análise por serviços, em todos foram vivenciadas ou presenciadas atitudes estigmatizantes em número superior ou igual a 50%, exceto no serviço de Neurocirurgia, onde os médicos responderam maioritariamente a opção *Não* ($n=13;81,3\%$). Destaca-se o serviço de Psiquiatria, em que 100% ($n=7$) dos médicos respondeu afirmativamente à questão, seguindo-se os serviços de Cardiologia ($n=10;76,9\%$), Anestesiologia ($n=13;76,5\%$), Endocrinologia ($n=17;73,9\%$) e Angiologia e Cirurgia Vascular ($n=10;71,4\%$).

Discussão

Existem poucos estudos que tenham explorado as atitudes da classe médica em relação à psicopatologia. Este é o primeiro estudo a avaliar as atitudes dos médicos portugueses face à possibilidade de virem a desenvolver uma doença mental. Uma vez que foi realizado no CHP, com uma amostra representativa de apenas 22,45% dos médicos, os resultados não poderão ser generalizados a todo o país. Existindo, ainda, um grande potencial de investigação nesta área.

Em 2001, o *Royal College of Psychiatrists' Report*³⁴ reconheceu que é provável que as atitudes dos médicos reflitam as da população geral, na estigmatização de pessoas com doença mental. Existe entre os médicos, uma pressão cultural para que não adoçam, dando origem a médicos que tentam controlar a própria doença e orientar o seu tratamento.³⁵ A cultura da medicina estimula a necessidade de uma imagem de invencibilidade e a negação da vulnerabilidade à doença, criando uma barreira a que os médicos procurem orientação médica e psicológica. Acresce que os(as) médicos(as) desenvolvem muito o seu papel de cuidador que fica, em geral, hipertrofiado, motivando grandes dificuldades na mudança de papel para se colocarem na posição de alguém que necessita de ser cuidado. Esta situação agudiza-se quando se trata de doença mental, pelo que ao longo da última década, a comunidade médica tem se esforçado para diminuir o estigma e para criar mais apoios para os médicos que necessitam de cuidados.

A incapacidade médica corresponde a qualquer distúrbio físico, mental ou comportamental que interfere com a habilidade do médico se dedicar de forma plena às suas atividades profissionais.³⁶ A incapacidade dos profissionais de saúde é um problema significativo, muitas vezes crónico, subvalorizado e de mau prognóstico.³⁷ No entanto, a deteção precoce, programas de intervenção mais sensíveis às necessidades dos profissionais em risco, contínuos e melhor estruturados, bem como estratégias de recuperação e reabilitação ajustadas, podem alterar de forma significativa o prognóstico, tornando-o mais favorável.³⁷ Contudo, é extremamente importante ressaltar que um médico com uma doença mental, não é necessariamente um médico incapaz.

Os médicos evitam os serviços de saúde mental devido a uma postura formada já enquanto estudantes de medicina, que os leva a dar menor

importância à saúde mental e a uma tendência para se automedicarem.³⁸ Habitualmente, tendem também a ser menos propensos a reconhecer um problema de saúde mental, não só neles próprios mas inclusive nos seus colegas, o que leva a subnotificação e consequente agravamento da doença.³⁹

Além da doença mental específica, fatores intrínsecos aos próprios profissionais de saúde, têm vindo a ser analisados de modo a avaliar a sua relação com o grau de estigma manifestado. Estes incluem o género, a idade, a profissão específica, a experiência, a existência ou não de diagnóstico de doença mental no próprio médico, entre outros.

As diferenças atendendo à profissão específica são uma área que constitui controvérsia. Alguns estudos constataram que quanto maior a especificidade da formação, menor o estigma da doença mental; no entanto, uma quantidade significativa encontrou, contrariamente, níveis mais elevados de estigma nos psiquiatras do que nos outros profissionais de saúde, e até mais do que na população em geral.^{40,41} Em 1984, foi descrito o conceito de “ilusão do clínico”, que pode explicar os níveis mais elevados de estigma encontrados, por vezes, nos profissionais de saúde, e, em particular, nos psiquiatras: estes são constantemente expostos à doença mental na sua forma mais grave, que é usualmente quando os doentes recorrem a ajuda profissional, e este tipo de contacto enviesado pode levar a generalizações negativas e a um grau de pessimismo superior ao da população em geral.⁴² Neste estudo, destaca-se que o grupo de psiquiatras, embora representado numa amostra reduzida, foi o serviço com a maior percentagem de médicos que optaria por automedicação (28,6%). Isto é consistente com os resultados de um estudo americano que demonstrou que 50% dos psiquiatras com depressão optariam por automedicação, preferindo evitar ter um registo de doença mental no seu processo médico.⁴³ Salienta-se, ainda, que este serviço foi o único a demonstrar uma percentagem de 100% de respostas afirmativas quando questionados acerca da vivência de atitudes estigmatizantes, revelando uma perceção de estigma superior aos outros serviços.

Quanto ao género, a maioria dos estudos não revela diferenças estatisticamente significativas, tal como se verificou nesta investigação. Contudo, aqueles que encontraram diferenças, verificaram que os níveis de estigma nas mulheres são tendencialmente menores do que nos homens.^{13,44}

Nesta investigação, apesar do maior número de participantes do sexo feminino (64% da amostra), a maioria dos participantes que afirmou que optaria por não revelar a sua doença mental a ninguém são do sexo masculino (75%), tal como os que escolheriam automedicar-se (55,6%) ou não procurar tratamento (100%). O que nos leva a inferir que podem, de facto, existir menores níveis de estigma no sexo feminino face à doença mental e maior probabilidade para que procurem ajuda. Ainda quanto aos resultados, dos 253 participantes, 12,3% manifestou ter história médica pessoal de doença mental ou sintomas de perturbação mental. Destes, 77,4% são mulheres. Estes resultados sugerem que as mulheres poderão ter mais perturbações mentais, tal como mais facilidade em identificá-las ou revelá-las, sendo que a última hipótese relacionar-se-á com menos estigma. Estes resultados estão de acordo com os resultados encontrados em estudos anteriores.^{45,46} As diferenças de género nas taxas de transtorno mental global, atendendo a distúrbios raros como a esquizofrenia e distúrbios bipolares, são insignificantes. No entanto, existem diferenças de género altamente significativas para depressão, ansiedade e queixas somáticas que afetam mais de 20% da população.^{46,47}

A idade revelou-se um fator menos relevante. Investigações realizadas previamente não verificaram correlação entre esta variável e o grau de estigma manifestado.⁴⁸ Contudo, alguns estudos reportaram uma diminuição do estigma referente à perceção de perigo nos doentes mentais e, consequentemente, ao medo a eles associado, quanto mais elevada a idade dos profissionais de saúde.¹³ Neste estudo, verificou-se que os participantes com menor faixa etária foram os demonstraram maior perceção de doença mental na classe médica comparativamente à população geral.

A experiência profissional, relacionada com os anos de carreira, não é uma variável muito estudada. Neste estudo, constatou-se que a maioria dos participantes que optaria pelos SS privados ou fora da localidade tem ≤ 10 anos de carreira e que a maior parte dos que optaria pelo SS público local tem ≥ 25 anos de carreira (44,7%). Grande parte dos participantes que respondeu confidencialidade e estigma como fatores influenciadores, tem ≤ 10 Anos de carreira. Contudo, a maioria dos participantes que respondeu qualidade dos cuidados de saúde tem ≥ 25 anos de carreira. O que pode evidenciar um papel de médico(a) mais consolidado nesta idade, podendo implicar menores

consequências sociais e profissionais, nomeadamente menos receio de consequências laborais ou na carreira médica. Estes resultados estão de acordo com o observado noutros estudos, onde se verificou que o grupo com mais anos de carreira era o que escolheria em maior número os serviços de saúde locais e o mais influenciado pela qualidade dos cuidados de saúde e o menos pelo fator confidencialidade comparativamente aos outros grupos.⁴⁸

Quanto à existência ou não de diagnóstico de doença mental nos próprios profissionais de saúde, um estudo que incluiu psiquiatras, médicos não-psiquiatras e cirurgiões, em Birmingham, Inglaterra, comprovou que ter uma doença mental pré-existente leva a menos estigma e a uma maior probabilidade de procura de tratamento precocemente comparativamente com os que apresentam o seu primeiro episódio de distúrbio mental.⁴⁹ Nesta investigação, verificou-se que os participantes que responderam ter história médica pessoal ou sintomas de doença mental, optariam na sua maioria por aconselhamento médico formal e que os que negaram, representam 100% dos médicos que optariam por automedicação ou não procurar tratamento. E, ainda, que os primeiros escolheriam na sua maioria um SS na sua localidade como primeira opção de internamento. Tendo-se constatado que a existência de história ou sintomas de doença mental, associa-se de forma mais significativa com as opções de escolha para internamento do que para tratamento em ambulatório. Os resultados desta investigação vão de encontro ao estudo supracitado e permitem inferir que a existência de história de doença mental leva a menor grau de estigma face à doença, levando a que estes médicos reconheçam a importância de receber tratamento e acompanhamento. Contudo, é de salientar que 29,0% dos participantes que afirmaram ter história ou sintomas de doença mental não procurou ajuda médica ou psicológica, demonstrando que existem ainda outras barreiras a esta procura.

Os resultados desta investigação falharam em demonstrar diferenças estaticamente significativas entre as áreas cirúrgica e médica relativamente ao estigma da doença mental. Contudo, verificaram-se algumas diferenças que podem levar à inferência de um nível superior de estigma na área cirúrgica, como o facto dos serviços que demonstraram maiores taxas de história de doença mental serem exclusivamente da área médica e dois dos três serviços que reportam taxas mais baixas serem cirúrgicos. O que pode revelar maior

dificuldade em revelar e abordar este tipo de doença por parte destes médicos. O que iria de encontro a um estudo realizado em 2011, que sugeriu que as barreiras na procura de ajuda médica como a confidencialidade e a integridade profissional tinham mais impacto nos médicos das especialidades cirúrgicas.⁵⁰ Deve, ainda, ser considerado que o número de médicos da área cirúrgica era consideravelmente menor que os da área médica, podendo este facto levar à inexistência de diferenças significativas entre os dois grupos.

No total da nossa amostra, quando questionados sobre a quem recorreriam em primeiro lugar para divulgar uma doença mental, a maioria dos médicos do CHP escolheria um psiquiatra, seguindo-se da família/amigos. No que diz respeito, aos fatores que influenciaram esta escolha, o fator mais referido foi consequências profissionais, seguido pela integridade profissional, outros e finalmente estigma. Quanto à análise por serviços, verificou-se, também, como primeira escolha em todos os serviços, o recurso a um psiquiatra. Relativamente aos fatores de influência, destacam-se os serviços de Nefrologia, MFR, Pediatria e Neurologia com a percentagem mais alta para a opção estigma, em comparação com os restantes, sendo todos estes serviços pertencentes à área médica. Num estudo semelhante, Hassan *et al* (2009)⁵¹ obteve que apenas 12,9% dos participantes recorreria inicialmente a um profissional médico, citando consequências profissionais e integridade profissional como sendo as razões principais. Outros estudos revelaram que a maioria dos médicos optaria por recorrer à família/amigos para suporte.^{45,49,52} Os resultados desta investigação não vão de encontro a estes dados e revelam *outcomes* consideravelmente mais favoráveis acerca da procura de ajuda médica profissional pelos médicos na possibilidade de virem a sofrer de doença mental. Demonstrando maior consciência da importância desta procura e menos estigma face à hipótese de consultar um psiquiatra. Contudo, a segunda hipótese mais escolhida seria igualmente família/amigos, o que pode sugerir que a falta de uma rede de apoio social pode pôr em risco aqueles mais relutantes em procurar ajuda nos colegas da classe para suporte. Sendo que a inexistência desta rede constitui um fator de risco para depressão no sexo feminino.⁵³ Os resultados obtidos para os fatores de influência desta escolha confirmam as mesmas barreiras à procura de ajuda relatadas por estudos anteriores.^{48,49} Verificou-se que os participantes que recorreriam ao psiquiatra, família/amigos e médico de família, se mostraram mais

suscetíveis a optar pelo estigma como fator de influência, em comparação com os que optaram pelos colegas de trabalho. O que permite inferir a existência de uma relação dose-resposta, sendo que quanto maior é a percepção de estigmatização, menos provável será que a ajuda seja procurada nos colegas de trabalho, o que vai de encontro a estudos realizados previamente.⁴⁵

Um dos achados mais importantes deste estudo foi a constatação da existência de uma elevada percepção de atitudes estigmatizantes em contexto clínico. Em todos os serviços foi reportada a vivência de atitudes estigmatizantes numa percentagem superior ou igual a 50%, exceto no serviço de Neurocirurgia. Sendo que se demonstrou que a vivência destas atitudes tem influência nas opções de escolha de tratamento, uma vez que estes médicos demonstraram mais tendência a optar por SS privados ou fora da localidade. Verificou-se, ainda, que a maioria dos médicos que mencionaram o estigma como fator influenciador destas escolhas, tinham já vivenciado atitudes estigmatizantes por parte dos colegas.

Apurou-se, também, que um dos fatores que constitui a maior barreira ao tratamento de um médico é a confidencialidade. Na maioria dos hospitais, os registos médicos são eletrónicos, levantando a possibilidade de que os dados sejam consultados a partir de múltiplos locais e por inúmeros profissionais de saúde, gerando dúvidas sobre a segurança de acesso e em consequência sobre a confidencialidade dos mesmos. A permissão para que os doentes tenham conhecimento da lista de acessos ao seu processo pode vir a atenuar essas preocupações.

Uma das limitações deste estudo está na representatividade da amostra, uma vez que esta apenas representa 22,45% dos médicos do CHP. Contudo, para além do tempo de recolha de dados se ter revelado escasso, nem sempre houve total colaboração dos médicos. Apesar das suas razões não terem sido exploradas, alguns médicos justificaram a não participação com questões de anonimato e confidencialidade. Um possível viés na amostra poderá dever-se ao facto de os questionários serem de autopreenchimento e de participação voluntária, assim os participantes que se disponibilizaram a responder podem, à partida, ter mais interesse no tema e menos estigma, o que os leva a mostrar mais disponibilidade em participar. É importante realçar, também, as condições de colheita de dados, pois na maioria das vezes os questionários foram

entregues em reuniões de serviço, levando a que os participantes pudessem sentir algumas constrições para o seu preenchimento, em termos de privacidade. Constituindo um possível viés para respostas socialmente expectáveis ou algumas omissões, por receio de que o anonimato e sigilo não estivesse garantido. Pelo atrás exposto, a avaliação do estigma pode ter sido em alguns casos erradamente estimada, com maior probabilidade, subestimada.

Conclusão

Nos últimos 15 anos, verificou-se um grande avanço no conhecimento acerca da incidência, fatores de risco e complicações da doença mental na classe médica.⁵⁴ Contudo, continua a ser preocupante que o estigma ainda desempenhe um papel no processo de tomada de decisão dos médicos na procura de cuidados de saúde mental.

A educação em torno da doença mental nos médicos precisa de ser fomentada desde os anos de estudante de medicina, uma vez que os mecanismos de *coping* mal adaptativos são aprendidos precocemente durante a sua formação. Deve ser garantido que a procura de ajuda para problemas psicológicos não terá consequências nem penalizações. Educação e formação dos estudantes, no sentido de conseguir avaliar médicos como sendo possíveis doentes, diminuiria o preconceito que ainda se verifica atualmente. O primeiro passo para responder à alta prevalência de doença mental entre os médicos é o reconhecimento deste facto dentro da profissão, sendo necessária uma mudança global de atitude para que o estigma face aos médicos com doença mental possa ser eliminado.

Claramente, há ainda muito a ser feito para afastar os conceitos estigmatizantes da classe médica, sendo necessária mais investigação nesta área e maior valorização de um problema que é real e grave.

A ponte entre “Preciso de ajuda” e “Procurei ajuda” está pavimentada com múltiplas barreiras. Se solucionarmos parte das preocupações levantadas pelos médicos, tornaremos mais fácil a sua travessia.

Bibliografia

1. Boisaubin EV, Levine RE. Identifying and assisting the impaired physician. *The American journal of the medical sciences*. Jul 2001;322(1):31-36.
2. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *The paradox of self-stigma and mental illness*. 2000;9:35 - 53.
3. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*. Nov 01 1996;274(5288):740-743.
4. Caldas de Almeida J. Portuguese National Mental Health Plan (2007–2016) Executive Summary. *Mental Health in Family Medicine*. 2009;6:233–244.
5. Gregor C. Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. *Graham Thornicroft, Oxford, Oxford University Press*. 2006:xviii + 301.
6. Lauber C, Sartorius N. At issue: anti-stigma-endavours. *International review of psychiatry*. Apr 2007;19(2):103-106.
7. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. Aug 2009;16(6):558-567.
8. Weiss MG, Ramakrishna J. Stigma Interventions and Research for International Health. *Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda. An International Conference*. 2001(Washington, DC).
9. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000;6, 66-72.
10. Sartorius N. Diminishing the stigma of schizophrenia. *Adv Schizophr Clin Psychiatry*. 2004;1, 50-54.
11. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Science & Medicine*. 2003;56, 299–312.
12. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. *Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall*. 1963.
13. Lammie C, Harrison TE, Macmahon K, Knifton L. Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. Oct 2010;17(8):706-714.
14. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27(21):363-385.
15. Corrigan PW, Watson AC, Warpinski AC, Gracia G. Implications of educating the public on mental illness, violence, and stigma. *Psychiatric services*. May 2004;55(5):577-580.
16. Pescosolido BA, Martin JK, Lang A, Olafsdottir S. Rethinking theoretical approaches to stigma: a Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social science & medicine*. Aug 2008;67(3):431-440.
17. Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *American journal of preventive medicine*. Oct 2000;19(3):155-159.
18. Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. *International journal of epidemiology*. Jun 1999;28(3):456-460.
19. Innos K, Rahu K, Baburin A, Rahu M. Cancer incidence and cause-specific mortality in male and female physicians: a cohort study in Estonia. *Scandinavian journal of public health*. 2002;30(2):133-140.
20. Schlicht SM, Gordon IR, Ball JR, Christie DG. Suicide and related deaths in Victorian doctors. *The Medical journal of Australia*. Nov 05 1990;153(9):518-521.
21. Firth-Cozens J. A perspective on stress and depression. *Understanding doctors' performance*. 2006(Oxford: Radcliffe Publishing):22-25.

22. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*. Mar 06 2007;146(5):317-325.
23. Isaksson KE, Gudem T, Tyssen R, Aasland OG. Counselling for burnout in Norwegian doctors: One year cohort study. *British Medical Journal*. 2008;337.
24. Brooke D, Edwards G, Andrews T. Doctors and substance misuse: types of doctors, types of problems. *Addiction*. May 1993;88(5):655-663.
25. Ghodse H, Galea S. Misuse of drugs and alcohol. *Understanding doctors' performance*. 2006(Oxford: Radcliffe Publishing).
26. Firth-Cozens J. Depression in doctors. In Perspectives in Psychiatry (eds M.M. Robertson and C.L.E. Katona). *Depression and Physical Illness*. Chichester: John Wiley & Sons, Inc. 1997;6.
27. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of epidemiology and community health*. May 2001;55(5):296-300.
28. Pullen D, Lonie CE, Lyle DM, Cam DE, Doughty MV. Medical care of doctors. *The Medical journal of Australia*. May 01 1995;162(9):481, 484.
29. Klitzman R. When Doctors Become Patients. 2008(New York: Oxford University Press).
30. Armstrong E. Rehabilitating troubled doctors. *British Medical Journal*. 1997;7095, 314.
31. A'Brook MF, Hailstone JD, McLaughlan IE. Psychiatric illness in the medical profession. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. Sep 1967;113(502):1013-1023.
32. Brooke D. The addicted doctor. Caring professionals? *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. Feb 1995;166(2):149-153.
33. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *Bmj*. Nov 12 1994;309(6964):1261-1263.
34. Psychiatrists RCo. Mental Illness: Stigmatisation and Discrimination Within the Medical Profession. *British Medical Association*. 2001.
35. Harrison J. Doctors' health and fitness to practise: the need for a bespoke model of assessment. *Occupational medicine*. Aug 2008;58(5):323-327.
36. Association AM. Substance abuse among physicians *Internet*. 2005(Chicago (USA): American Medical Association).
37. Wilson A, Rosen A, Randal P, et al. Psychiatrically impaired medical practitioners: an overview with special reference to impaired psychiatrists. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. Feb 2009;17(1):6-18.
38. Donaldson LJ. Sick doctors. *Bmj*. Sep 03 1994;309(6954):557-558.
39. Firth-Cozens J. Improving the health of psychiatrist. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007;13:161-168.
40. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International review of psychiatry*. Apr 2007;19(2):137-155.
41. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. Feb 1999;33(1):77-83.
42. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Archives of general psychiatry*. Dec 1984;41(12):1178-1182.
43. C. L. Psychiatrists not immune to effects of stigma. *Psychiatric News*. 2001;36,11.
44. Chambers M, Guise V, Valimaki M, et al. Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *International journal of nursing studies*. Mar 2010;47(3):350-362.

45. Adams EF, Lee AJ, Pritchard CW, White RJ. What stops us from healing the healers: a survey of help-seeking behaviour, stigmatisation and depression within the medical profession. *The International journal of social psychiatry*. Jul 2010;56(4):359-370.
46. Eaton NR, Keyes KM, Krueger RF, et al. An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of abnormal psychology*. Feb 2012;121(1):282-288.
47. World Health Organization. Gender disparities in Mental Health. *Department of Mental Health and Substance Dependence*. (Executive Summary):2-3.
48. Hassan T, Sikander S, Mazhar N, Munshi T, Galbraith N, Groll D. Canadian psychiatrists' attitudes to becoming mentally ill. *British Journal of Medical Practitioners*. 2013;6.
49. White A, Shiralkar P, Hassan T, Galbraith N, Callaghan R. Barriers to mental healthcare for psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*. 2006;30:382-384.
50. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of surgery*. 2011;146(141):154-162.
51. Hassan TM, Ahmed SO, White AC, Galbraith N. A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. *Clinical medicine*. Aug 2009;9(4):327-332.
52. Cohen D, Winstanley SJ, Greene G. Understanding doctors' attitudes towards self-disclosure of mental ill health. *Occupational medicine*. Jul 2016;66(5):383-389.
53. Brown GW, Harris TO. Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women. *New York: Free Press*. 1978.
54. Myers MF. Treatment of the mentally ill physician. *Canadian journal of psychiatry*. *Revue canadienne de psychiatrie*. Aug 1997;42(6):12 p.

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, a todos os médicos que aceitaram participar nesta investigação pelo seu contributo, o que permitiu a realização deste trabalho.

À Dr.^a Ana Sofia Pinto, minha orientadora, expresso um profundo agradecimento por toda a disponibilidade, apoio e estímulo que tornaram possível a realização desta dissertação.

Aos meus Amigos de sempre, pela presença discreta, mas sentida. Sempre com uma palavra de ânimo e força.

Ao Hugo, um agradecimento especial pelo apoio e disponibilidade incansáveis. Por todos os desabafos e frustrações que tolerou, por ser nos últimos anos a minha força e o meu suporte. Pela presença constante, que foi tão determinante.

À minha Família, por estar presente em todas as minhas conquistas. Em especial aos meus pais e irmã, que desde o início acreditaram firmemente nas minhas capacidades. Agradeço pelo apoio incessante para que este trajeto académico fosse possível e pela partilha do sonho de me tornar médica.

Anexos

Anexo 1 - Autorizações da Comissão de Ética

centro hospitalar
do Porto

Hospital Santo António | Hospital Maria Pia | Maternidade Júlio Dinis | Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.hgsa.pt

Exma. Sra. Sara Catarino

Aluna do ICBAS

ASSUNTO: Trabalho Académico – MIM - “Doença mental na classe médica do Centro Hospitalar do Porto - Influência do estigma na procura de cuidados” - N/ REF.^a 2017.043(043-DEFI /043-CES)

O Conselho de Administração do CHP autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental desta Instituição e tendo como Investigador Principal Sara Catarino, aluna do ICBAS.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
12 ABR. 2017

Dr. PAULO BARBOSA	Dr.ª ELIA GOMES
Presidente	Vogal Executiva
Prof. Doutor JOSÉ BARROS	Dr. RUI PEDROSO
Diretor Clínico	Vogal Executivo
Enf.ª EDUARDO ALVES	
Enfermeiro Diretor	

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.^a.

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MIM

Título: "Doença mental na classe médica do Centro Hospitalar do Porto - Influência do estigma na procura de cuidados"		Ref.ª: 2017.043(043-DEFI /043-CES)
		Investigador: Sara Catarino Aluna do ICBAS

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: _____	PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 11/4/2017 DR. PAULO BARBOSA Presidente do Conselho de Administração do CHP
---	--

Em conformidade. Pode ser autorizado

Prof.ª Doutora Luísa Lobato
Diretora do DEFI
Luísa Lobato
Diretora do DEFI
05/04/2017

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 22.3.2017	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Doença mental na classe médica do Centro Hospitalar do Porto - Influência do estigma na procura de cuidados"		Ref.ª: 2017.043(043-DEFI /043-CES)
Protocolo/Versão: MIM-Terapêutica	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador: Sara de Castro Catarino Aluna do 6º Ano do MIM do ICBAS/UP

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de **MIM-Terapêutica** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo

Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr.ª Fernanda Manuela, Enf.ª Paula Duarte, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Gonçalo Senhorães Senra.

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

PARECER FAVORÁVEL

10/4/17
Dr. SEVERO TORRES
Assessor do Presidente do Conselho de Administração

Data 22.3.2017

A Presidente da CES

Dr.ª Luisa Bernardo